FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N° 1157

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean, Charles YVENAT

Né le 3 Décembre 1935, à PLOUGUER (Finistère)

Présentée et soutenue publiquement le 1962

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU SYNDROME DE MASTERS ET ALLEN

Président : Monsieur G. CORDIER (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE
8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI°
1962

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1962 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jean, Charles YVENAT

Né le 3 Décembre 1935 à PLOUGUER
(Finistère)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

-:-

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU SYNDROME DE MASTERS ET ALLEN

-:-

Président : Monsieur G. CORDIER (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1962

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41523703_0101

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), OLIVIER (E), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D), QUENU (J), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L).

DOYEN ..... Léon BINET
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR ..... Jean VERNE
2e ASSESSEUR ..... Gaston CORDIER

I - PROFESSEURS

Iº- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F) SCHAPIRA (G)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P)

	MM.
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G)
Pharmacologie	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L) / BARGETON (D)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F)
Physique médicale	DOGNON (A) / DJOURNO (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M)

b) Professeurs à titre personnel:

Biochimie médicale	DESGREZ (P) / POLONOVSKI (J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Embryologie	TUCHMANN (H)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M)
Parasitologie	BRUMPT (L.C)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J)
Physiologie	PARROT (J)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L
	Cochin	LEGER (L)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J)
	Pitié	CORDIER (G)
	Saint-Antoine	GOSSET (J)
	Salpêtrière	SICARD (A)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)		FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE d'AUBIGNE (
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		F. de GAUDART d'ALLAINE

	MM.
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P)
Cliniques médicales (Boucicaut	LENEGRE (J)
Cliniques médicales (Broussais	SOULIE (P)
Cliniques médicales (Cochin	JUSTIN-BESANÇON(L)
Cliniques médicales (Cochin	BROUET (G)
Cliniques médicales (Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
Cliniques médicales (Lariboisière	SEZE (S.de)
Cliniques médicales (Pitié	DREYFUS (G)
Cliniques médicales (Saint-Antoine	KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L.de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R)
Cliniques obstétricales (Baudelocque	LACOMME (M)
Cliniques obstétricales (Foch (Suresnes)	MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J)

	MM.
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P)
Séméiologie médicale	DOMART (A)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H) LHERMITTE (F) PEQUIGNOT (H)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

	MM.
Anatomie	CABROL (C) GOUINAUD (C) GILLOT (C) OLIVIER (G)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS(pr.s.ch. ABELANET (R) BUSSER (F)

	MM.
Anatomie pathologique	CHOMETTE (G) GOUYGOU (Ch)m.conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L) PAILLAS (J)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G)
Bactériologie	BARBIER (P) CHRISTOL (D) Le MINOR (L) TOURNIER (P)
Biochimie médicale	BAULIEU Et.m.conf. BOURILLON (R) CARTIER (P) DREYFUS (J.Cl.) GONNARD (P) KRUH (J) JEROME (H)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F)
Carcinologie	BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J) DUPERRAT (B)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G)
Hématologie	BESSIS (M) BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G)
Histologie	COUJARD (R)pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J)
Hydrologie	BESANCON (F) CORNET (A)
Hygiène	BOYER (J)pr.s.ch. BLANCHER (G) CORRE-HURST (Mme L) SAPIN-JALOUSTRE (H)
Maladies infectieuses	BASTIN (R) DUPONT (V)

	MM.
Médecine légale	DEROBERT (L)pr.s.ch.
	FOURNIER (E)
	GUENIOT (M)
	HADENGUE (A)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-Chirurgie	PERTUISET (B)
Obstétrique	GRANJON (A)
	HERVET (E)
	Le LORIER (G)
	LEVY (J)
	MORIN (P)
	MUSSET (R)
	ROBEY (M)
	SENEZE (J)
	SUREAU (C)
	THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	BREGEAT (P)
	DUBOIS (A)
	SARAUX (H)
Orthopédie	JUDET (R)
	MEARY (R)
	POSTEL (M)
	RAMADIER (J)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J)
	PIALOUX (P)
Parasitologie	GOLVAN (Y)
	LAPIERRE (J)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J)
	BINET (J.P)
	CAUCHOIX (J)
	CERBONNET (G)
	CHATELIN (C.L)
	DUBOST (Ch.)
	DUBOST (Cl.)
	FAUREL (J)
	FLABEAU (F)
	GARBAY (M)
	GARNIER (H)
	(Cl.de)GAUDART-d'ALLA
	GERMAIN (A)
	LATASTE (J)
	LEVEQUE (B)
	LOYGUE (J)
	MERCADIER (M)

	MM.
Pathologie chirurgicale	NATALI (J) PELLERIN (J) PERROTIN (J) ROBERT (H) THOMERET (G)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.P) BERTHAUX (P) BOIVIN (P) CROSNIER (J) HARTMANN (L) LOEPER (J) MAURICE (J) MIKOL (Cl) RICHET (G)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M) BOUVIER (J) BOUVRAIN (Y) BRICAIRE (H) BRISSAUD (H) BROCARD (H) BUGE (A) CATINAT (J) CHRETIEN (J) COBLENTZ (B) CONTAMIN (F) COURY (C) ETIENNE (J.P) FREZAL (J) FRITEL (D) HENNEQUET (A) HIMBERT (J) HOUSSET (E) LAROCHE (Cl) LESOBRE (R) MACREZ (C) MOREAU (L) NICK(J) ROYER (P) TOURNEUR (R) WOLFROMM (R)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R) LAFOURCADE (J) LEPERCQ (G) MANDE (R)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	MOZZICONACCI (P) POLONOVSKI (C) ROSSLER (A) VIALATTE (J)
Pharmacologie	BOISSIER (J) LECHAT (P)
Physiologie	BARRES (G) DEJOURS (P) DURAND (J) GIRARD m.conf. HUGELIN (A) SCHERRER (J)
Physique médicale	CHANTEUR (J) GOUGEROT (L)m.conf. pr.s.ch. GREMY (F.)m.conf. MILHAUD (G) PELLERIN (P) ROUCAYROL (J.Cl) TUBIANA (M) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B) MEYER (A) REÑAULT (P)
Psychiatrie	PICHOT (P)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P) DUCHE (D) FLAVIGNY (H) LAPRESLE (J)
Rhumatologie	DELBARRE (F)
Stomatologie	CERNEA (P) CHAPUT (Mme A.)m.c.agr GRELLET (M)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P) LAMOTTE (M) MARCHE (J)
Urologie	AUVERT (J) MOULONGUET (A) QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J)

	MM.
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P) AMELINE (A) pr.s.ch. VERNE (J.M)
Clinique médicale	PERRAULT (M) RAMBERT (P) THIEFFRY (S)
Clinique obstétricale	GRASSET (J) MAYER (M)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P) OFFRET (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) Pr.s.ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE : BOLTANSKI (E), LAUNAY (C)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J), FORGET (F) Mlles LAURENT (H), Le NOIR (G) QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 decembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

Avec mon affection.

A Monsieur le Professeur G. CORDIER,

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Chirurgie,
Officier de la Légion d'Honneur.

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Je lui formule ici l'expression de ma très profonde reconnaissance.

A mon Maître,

Monsieur le Docteur J. ZAGDOUN,

Ancien Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre associé National de l'Académie de Chirurgie,
Chirurgien-Chef de l'Hôpital de Rambouillet,

Qui, durant l'année passée dans son service, m'a prodigué tant de précieux conseils et qui a dirigé mes efforts pour la rédaction de ce travail.

Qu'il trouve ici avec mes plus profonds remerciements l'expression de ma très respectueuse reconnaissance.

A Messieurs les Docteurs Y. CREHALET et
E. ALBERT,

Radiologues de l'Hôpital de Versailles,

Qui ont su me faire entrevoir toutes les possibilités de la Radiologie.

Qu'ils trouvent ici l'expression de ma reconnaissance et le témoignage du fidèle souvenir que je garde de l'enseignement reçu dans leur service.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU

SYNDROME DE MASTERS ET ALLEN

-:-:-

INTRODUCTION

-:-

Nous rapportons dans ce travail 12 observations du syndrome décrit pour la première fois en 1955 par W.H. MASTERS et W.M. ALLEN dans leur publication originale faisant état de 28 cas (Traumatic Laceration of uterin support. American Journal of obstetric and gynecology Sept. 1955).

Ces 12 femmes ont été opérées dans le Service du Docteur J. ZAGDOUN, Chirurgien de l'Hôpital de Rambouillet pendant une période allant du 16-6-1959 au 24-4-1962, soit un peu plus de 2 ans et demi.

Ces douze observations nous permettront de retracer le tableau anatomo-clinique de ce syndrome qui avait attiré l'attention de MASTERS et ALLEN. Tableau dominé par des manifestations douloureuses, ce qui permet de le faire entrer dans le vaste cadre des algies pelviennes féminines dites essentielles parce que d'étiologie encore inconnue.

C'est le mérite des auteurs américains d'avoir su isoler à partir d'une lésion anatomique typique : la déchirure du feuillet postérieur du ligament large survenant en général lors d'un accouchement, cette entité anatomo-clinique qui entre dans le cadre confus des algies pelviennes et dans celui plus controversé des rétroversions utérines douloureuses.

-:-

- I -

LE SYNDROME DE MASTERS ET ALLEN COMPREND DES SIGNES CLINIQUES DES LESIONS ANATOMIQUES

-:-

A - ETUDE CLINIQUE

Le tableau clinique est dominé par :

- des troubles fonctionnels
- des signes physiques.

a) des troubles fonctionnels

1°/ des douleurs pelviennes en général diffuses, plus accentuées le soir à la fatigue, après station debout prolongée, ou dans le premenstruum, leurs irradiations se faisant vers la région lombaire ou la région sacrée.

2°/ une dyspareunie toujours entraînée par la pénétration profond du pénis. Douleur excruciante et souvent persistante dans les heures qui suivent les rapports sous forme d'un endolorissement pelvien.

C'est un signe typique, constant, que nous avons retrouvé chez toutes les femmes que nous avons opérées.

3°/ une fatigabilité excessive associée à une instabilité émotionnelle et à un amaigrissement pouvant être considérable (11 kg dans une de nos observations).

4°/ des troubles des règles

des méno-métrorragies peuvent s'associer aux symptômes précédents, mais elles ne semblent pas être un élément probant et constant du diagnostic, bien que nous les ayions souvent constatées.

5°/ Il en est de même pour les leucorrhées.

6°/ la dysménorrhée est assez fréquemment retrouvée et cède en général à la cure chirurgicale.

b) signes physiques

L'examen met en évidence :

1°/ une mobilité anormale du col utérin

c'est "l'universal joint cervix" de Masters et Allen ou encore ce col semblant monté sur rotule, aspect qui peut rappeler celui que l'on trouve au début d'une grossesse où le col paraît indépendant du corps.

2°/ la rétroversion utérine, souvent associée, avec fond utérin gros et mou, basculé dans le Douglas.

3°/ la mobilisation du col en haut, latéralement, où lors d'une tentative de réduction de la rétroversion, entraîne une douleur identique à celle provoquée par le coït.

4°/ Nous insisterons tout particulièrement sur la douleur très vive que l'on réveille par la pression de part et d'autre de la face postérieure de l'isthme utérin là où convergent les ligaments de Mackenrodt.

5°/ Par ailleurs et souvent, on réveille une douleur exquise par la pression au niveau du cul de sac de Douglas.

B - LESIONS ANATOMIQUES RETROUVEES A L'INTERVENTION

1°) Après incision du péritoine, l'on tombe sur un uterus mou, marbré, congestif, fréquemment augmenté de volume et lourd entraînant un prolapsus des annexes parfois dystrophiques.

Très souvent, cet uterus est en rétroversion, cette dernière étant mobile et réductible.

En redressant cet uterus, on constate :

2°) Que le Douglas parfois comblé ou cloisonné par des adhérences vélamenteuses, est presque toujours rempli d'une sérosité hématique, témoin d'une irritation péritonéale chronique.

3°) Le varicocèle des vaisseaux utérins turgescents et faisant saillie à travers la brèche - parfois le varicocèle porte au contraire sur les vaisseaux tubo-ovariens.

4°) La lésion anatomique caractéristique du syndrome qui n'est pas d'emblée visible. Il faut la rechercher en basculant fortement l'uterus en avant, ce qui permet d'exposer sa face postérieure.

a) Typiquement, il s'agit d'une déchirure complète du péritoine et de son fascia sous-jacent au niveau de l'étage inférieur du mesometrium débordant sur le paramètre ; elle serait plus fréquente à gauche, mais elle est souvent bilatérale.

La brèche se trouve au niveau du feuillet postérieur du ligament large, soit nette, soit parfois minime et moins importante que celle du fascia.

MASTERS et ALLEN la décrivent ainsi :

"Presque toujours, c'est une vaste brèche

dont les bords sont habituellement très nets et ont tendance à se rétracter en agrandissant la plaie.

- la berge utérine de l'orifice se rétracte vers le bord latéral du corps pouvant se confondre avec lui,

- la berge pelvienne est souvent rétractée à un degré encore plus grand et il est nécessaire de la rechercher tout près de la paroi latérale du bassin.

En dépit de la largeur de la brèche, les bords peuvent en être facilement rapprochés sans tension.

Il faut aussi bien reprérer la position des vaisseaux utérins. Si la déchirure intéresse à la fois le péritoine et le paramètre, les vaisseaux se prolabent à travers la brèche étant ainsi complètement à découvert dans la cavité péritonéale."

b) Le deuxième type réalise une dilacération du fascia sous-péritonéal sans rupture du péritoine ; mais ce dernier apparaît transparent "comme usé au coude" (GRANJON - VARANGOT)

c) Nous voulons insister dès maintenant sur les formes anatomiques et atypiques qui se sont révélées beaucoup plus fréquentes que la forme classique et sur lesquelles nous reviendrons.

-:-

- II -

ETIO-PATHOGENIE

-:-

Dans ce syndrome, la déchirure intéresse la face postérieure du ligament large au niveau de l'isthme utérin (là où, au toucher vaginal, l'on réveille la douleur exquise).

C'est-à-dire dans cette partie du ligament large, appelée Mesometrium.

Pour essayer de saisir l'étiopathogénie, nous ferons un bref rappel anatomique de cette région.

Le feuillet postérieur du ligament large comporte une lame péritonéale doublée en profondeur par des éléments cellulo-fibreux et, pour ROUVIERE, par des fibres musculaires lisses venant de la couche superficielle du muscle utérin.

Dans la partie supérieure du mesometrium, ce tissu cellulo-fibreux est lâche.

Dans la partie inférieure, au niveau de l'isthme et de la portion sus-vaginale du col, il est très dense et on distingue :

- des fibres à trajet transversal : c'est le ligament de Mackenrodt,

- des fibres à trajet antero-postérieur : c'est le ligament utéro-sacré.

Le ligament de Mackenrodt est constitué par une lame de fibres conjonctives denses très résistantes qui naît du pourtour du détroit supérieur et converge vers le col utérin et la partie supérieure du vagin.

Son développement maximum se trouve au niveau de l'isthme utérin autour duquel elle forme pour ainsi dire, comme le décrit POIRIER un cylindre creux, constitué par un tissu conjonctif dense, blanc, brillant.

Les ligaments utéro-sacrés naissent de la face postérieure du col, près des bords latéraux, au voisinage de l'isthme :

formés de faisceaux conjonctifs et musculaires lisses, ils s'unissententre eux ; se dirigent en haut et en arrière et se terminent sur la face antérieure du sacrum.

Bien que VARANGOT ait trouvé à l'interventio une très belle déchirure chez une vierge, l'étiologie semble le plus souvent en rapport avec des antécédents obstétricaux et comme l'a très bien mis en évidence LOFFREDO, le traumatisme obstétrical joue par 2 forces au niveau du segment inférieur et du col.

- une force transversale excentrique réalisée par la surdistension créée par le pôle foetal s'engageant dans l'excavation pelvienne,

- une force verticale agissant de haut en bas, engendrée par les contractions utérines propulsant la présentation.

Ces deux forces agissent simultanément sur le segment inférieur et sur ses moyens d'attache, c'est-à-dire les paramètres et les ligaments utéro-sacrés.

La résultante de ces forces agissant, elle, par cisaillement au niveau du ligament large, rompant les ligaments transversaux de Mackenrodt, c'est pourquoi la rupture se rencontre avec une fréquence plus grande :

- en cas de dystocie d'origine foetale :

  . accouchement d'un gros enfant,
  . accouchement trop lent ou trop rapide.

- après certaines manoeuvres pratiquées avec une technique non adéquate :

  . forceps avec grande rotation sur tête haute et sur col incomplètement dilaté,
  . expression utérine forcée.

- ou encore, lorsque, constitutionnellement, l'on se trouvera en présence de ligaments "de mauvaise qualité" atrésiés ou sclérosés à la suite d'une congestion chronique des paramètres.

- chez la vierge, on pense qu'un uterus en rétroversion congénitale tiraille son appareil ligamentaire de fixation.

Quand les antécédents obstétricaux font défaut, la déchirure s'explique plus difficilement.

Survenant au cours d'un curetage, il est logique d'incriminer :

- une dilatation intempestive aux bougies,
- l'appui de la curette sur l'orifice interne du col, qui propagerait ensuite sa dilacération vers le paramètre.

En ce qui concerne l'origine du syndrome algique,

MASTERS et ALLEN la rattachent à l'irritation chronique du péritoine entretenue par la sérosité transudant de la brèche péritonéale et se collectant dans le Douglas.

D'autres, et en particulier LOFFREDO, la recherchent dans les conséquences de la désinsertion du col et de l'isthme utérin,

l'uterus ayant perdu son système d'amarrage inférieur, toutes les pressions exercées sur lui déterminent des mouvements anormaux du col qui sont ressentis par les fibres nerveuses des ligaments utéro-sacrés. Cela permet d'expliquer:

- les douleurs provoquées par la station debout, le coït, la mobilisation du col,

- la recrudescences prémenstruelle des algies pelviennes lorsque l'uterus s'alourdit.

- la positivité de l'épreuve du pessaire, celui-ci agissant plutôt comme un agent de soutènement orthostatique du col que comme réducteur d'une rétroversion possible.

- les échecs thérapeutiques en cas de suture isolée, lorsque la réparation n'a pu rendre au col sa fixité normale (minceur, délabremen des ligaments de Mackenrodt, paramètres inexistants),

- les résultats meilleurs, semble-t-il, lorsqu'on associe, à la suture de la brèche, un renformcement de la statique utérine en suspendant l'uterus.

-:-

- III -

TECHNIQUE OPERATOIRE

-:-

- Délicate, en raison de la proximité des uretères : aussi, l'un des temps principaux précédant l'intervention et que nous avons pratiqué dans les 12 cas rapportés, consiste à monter des sondes urétérales.

Les uretères ainsi repérés permettront de réparer le paramètre avec sécurité.

- Un autre danger réside dans les énormes veines utérines qui ont perdu leur tissu fibro-conjonctif de soutien et qu'il faut éviter de piquer et de faire saigner.

- L'intégrité du péritoine contro-latéral ne prouve pas l'intégrité du fascia sous-jacent (on touche ici aux formes frustes sur lesquelles nous reviendrons).

- La suture du paramètre est le temps primordial de la réfection qui fera régresser peu à peu varicocèle et congestion utérine.

Elle sera faite solidement, aux fils non résorbables, en allant chercher loin en dehors les éléments du paramètre, en s'appuyant en dedans sur l'isthme utérin.

Le feuillet péritonéal postérieur du ligament large sera suturé ensuite séparément.

- Les ligaments larges recouvrant leur stabilité et leur tension normale, le col se fixe et l'uterus est entraîné en position normale: c'est l'uterus en "punching-ball" de THOMERET. Expression traduisant très bien la mobilité élastique retrouvée par le corps utérin, se faisant autour d'une charnière redevenue fixe: le col.

Dans certains cas, cette suture simple suffit à maintenir la statique utérine; cependant MASTERS et ALLEN, dans 23 observations sur 28, ont associé une ligamentopexie à la suture. Ils disent toutefois que la suture simple leur a, dans 5 cas, donné les mêmes résultats.

- Doit-on associer systématiquement une hysteropexie à la suture de la brèche ?

Nous pensons que c'est là, question d'appréciation per-opératoire; mais, en fait, elle a été réalisée dans toutes nos observations sauf une.

Si la suture simple peut suffire à assurer la stabilité du col lorsque les ligaments de Mackenrodt sont consistants et de bonne qualité, il est utopique de penser qu'il en sera de même si l'on se trouve en présence de tissus fragilisés, voire parfois inexistants.

Dans ce dernier cas, l'on est en droit de maintenir la fixité utérine:

- soit par une ligamentopexie à la Doleris,
- soit en confectionnant un hamac à la Dartigues
- soit par une hystéropexie corporéale à la paroi
- soit (et à la lumière des 12 cas traités, nous pensons que cette technique est de beaucoup préférable) par une promontopexie selon la technique de Ameline-Huguier.

Cette technique présente, en effet, le gros avantage de remettre le col dans l'axe du vagin alors qu'avec un Doleris le col se trouve perpendiculaire à cet axe et balistiquement mobilisé à chaque coït, ce qui peut être à

l'origine de la persistance d'une certaine dyspareunie (obs. n°4), voire même de récidives.

En ce qui concerne le cloisonnement du Douglas, nous avons constaté, au cours de certaines réinterventions, qu'en général celui-ci n'avait pas tenu et nous l'avons abandonné.

-:-

- IV -

FREQUENCE DU SYNDROME

-:-

La fréquence de ce syndrome semble assez grande. A l'hôpital de Rambouillet, dans un service de chirurgie de moyenne importance, il en a été opéré 12 cas durant une période s'étendant sur 2 ans et demi. Nous pensons qu'elle est fonction du soin que l'on met à le rechercher.

On doit en effet évoquer ce diagnostic devant toute consultante de gynécologie qui souffre ; et si parfois, à l'intervention, on ne retrouve pas les lésions que le tableau clinique évocateur nous laissait en droit d'attendre, on devra faire un examen très minutieux des paramètres, à la recherche d'une de ces formes frustes que nous croyons fréquentes et qui peuvent l'être cliniquement ou anatomiquement.

Formes frustes cliniquement

On se trouve devant un tableau d'où certains signes sont absents.

Cependant, toujours, il s'agira d'une femme présentant des algies pelviennes et surtout une dyspareunie ; ce symptôme nous paraît être le plus important car le plus constant. Il se traduira, à l'examen, par

cette douleur exquise, réveillée de part et d'autre de la face postérieure de l'isthme.

De plus, on rencontrera chez ces femmes un psychisme très particulier où l'anxiété et l'instabilité peuvent dominer le tableau.

- L'on ne devra cependant pas pour autant ne pas évoquer ces rétroversions utérines acquises, fixées, d'origine inflammatoire ou associées à une endométriose qui peuvent entraîner une symptomatologie comparable.

Mais pour confirmer le diagnostic, nous avons à notre disposition un geste thérapeutique d'une grande simplicité sur lequel VARANGOT insiste bien : c'est l'épreuve du pessaire que l'on poursuivra pendant une période de 21 jours environ ; ce pessaire agissant comme nous l'avons déjà dit en tant que moyen de contention du col utérin, entraînera dès sa pose la régression à peu près totale de tous les signes fonctionnels.

Au bout de ces trois semaines, la femme se sentant nettement améliorée, ayant repris goût à la vie, sera prête à accepter l'intervention qui, presque toujours, lui apportera de façon définitive ce soulagement qui ne pouvait être que momentané et qui disparaît d'ailleurs lorsqu'on supprime le pessaire.

Formes frustes anatomiquement

A côté de la vaste brèche décrite par MASTERS et ALLEN avec déchirure complète du péritoine et du fascia, l'intervention pourra mettre en évidence :

1°/ Soit une déchirure du fascia sous-péritonéal sans rupture péritonéale. Le péritoine apparaîtra alors, comme l'a décrit VARANGOT, transparent, et pour reprendre son expression: "usé au coude" ; il laissera saillir d'énormes plexus veineux utérins signant la disparition

du fascia conjonctif de soutien alors que le varicocèle tubo-ovarien traduit plus souvent une stase.

2°/ Soit une cicatrice au niveau du feuillet postérieur.

3°/ Soit même une simple dépression très localisée sous un péritoine intact ; les doigts palpant d'avant en arrière le paramètre pour en apprécier l'épaisseur, viennent en contact l'un de l'autre ; il y a là un manque d'épaisseur : le paramètre est inexistant.

Dans tous ces, il faudra systématiquement inciser le feuillet péritonéal postérieur du ligament large pour explorer le paramètre. Cette exploration, faite avec douceur pour ne pas créer artificiellement une lésion, permettra en général de mettre en évidence la brèche paramétriale juxta-isthmique, qui est la lésion anatomique caractéristique, et bien plus constante que la déchirure péritonéale. Cette exploration, de même que la réparation qui lui fera suite, devra presque toujours être systématiquement bilatérale.

-:-

- V -

PLACE DU SYNDROME DE MASTERS ET ALLEN DANS LA PATHOLOGIE PELVIENNE FEMININE

SES LIMITES

-:-

MASTERS et ALLEN ont su mettre en évidence le rôle de la gaine hypo-gastrique d'Hovelaque ou lame porte-vaisseaux de Farabeuf ou encore ligament de Mackenrodt dans les troubles de la statique pelvienne.

Avant eux, dès 1907, HERTZLER et FORTHERGILL avaient déjà soulevé ce problème.

Des travaux plus récents ont attiré l'attention sur le syndrome algique .

Nous citerons les publications de :

Pr FUNCK-BRENTANO (1956) : La névralgie pelvienne féminine essentielle.

Pr ROUX : Névralgies orthostatiques

Dr F. KLINK (1955) : La paramétrose.

Le grand mérite des auteurs américains est d'avoir su isoler dans ce chapitre un peu touffu des algies pelviennes féminines, cette entité dont les signes fonctionnels cliniques, les constatations anatomiques sont très caractéristiques.

-:-

OBSERVATION n°1

-:-

Madame F... Lucienne 22 ans

Entre 16.6.59
Op. 17.6.59
sortie 26.6.59

Entre dans le service pour un Syndrome constitué par :

des douleurs abdomino pelviennes constantes, intenses, exagérées par la marche,
une dyspareunie très importante,
des leucorrhées,
des troubles des règles (règles très irrégulières survenant tous les 15 jours, durant 8 jours
des étourdissements
un certain amaigrissement

Signes apparus progressivement après le 2e accouchement en 1956

Le 1er accouchement remontant à 1955

- peu de détails sur ces accouchements qui semblent s'être déroulés normalement et avoir donné naissance à des enfants de poids normaux.

Divers traitements hormonaux et anti infectieux furent entrepris - donnant des résultats très médiocres.

En 1959, à son entrée dans le service, cette malade nous confiait que :

- la dyspareunie
- les étourdissements
- les douleurs abdominales sourdes s'accentuant à la marche n'avaient aucunement été influencés par les diverses thérapeutiques.

A l'Examen

le T.V. : montre un utérus retroversé
pas de mobilité anormale du col
le cul de sac droit est sensible
dans le cul de sac postérieur à droite, on perçoit une corde, tendue, dure.

L'intervention est pratiquée le 17.6.59

C.R.O.

Incision médiane - utérus retroversé
un peu de liquide sero-sanglant dans le Douglas
Exploration de la paroi postérieure du ligament large droit.
A la base, tout près de l'isthme, cicatrice scléreuse, dure, en dedans de laquelle le doigt s'enfonce dans une dépression.

Ouverture du ligament large.
Réfection du paramètre par quelques points de catgut. Suture du ligament large.
On complète par une hystéropexie à la Dartigues au plastofil.
Appendicectomie.
Paroi au plastofil.

La malade est revue le 18.7.59

l'état est parfait
l'utérus en bonne position, bien fixé
le Douglas n'est plus du tout douloureux.
la dyspareunie a disparu.
Reprise de poids de 1.400 g
Les douleurs abdomino-pelviennes ont quitté le tableau.

o

OBSERVATION n°2

-:-

Madame A... Colette 31 ans

Entre 28.7.59
Op. 31.7.59
sortie 9.8.59

Depuis 1954 se plaint :

de troubles des règles : règles très irrégulières évoquant plutôt des ménométrorragies que des règles réelles

de douleurs lombaires intenses
ayant entraîné 2 urographies intra-veineuses
1 pyélographie
1 lavement baryté

examens qui n'ont d'ailleurs apporté aucun élément étiologique.

d'une sensation de fatigue prédominant au lever, de céphalées rebelles à toute thérapeutique le tout complété par une dyspareunie intense.

Les troubles ont débuté quelques mois (5 à 6) après le 1er accouchement en 1953 - accouchement d'un enfant prématuré de 7 mois.

Dans les antécédents

1 - Obstétricaux on note
en 1955 : F.C. de 3 mois spontanée suivie de curetage
en 1957 : accouchement d'un enfant prématuré de 7 mois

L'accouchement s'est déroulé normalement. Travail un peu long cependant. Suite de couches normales.

2 - Pathologiques

en 1954, appendicectomie dans le service

L'examen gynécologique le 28.7.59 montre :

- un uterus de volume normal
- un col très mobile semblant monté sur rotule
- une douleur très nette localisée au niveau du cul de sac postérieur et plus précisément à droite.

Le diagnostic de MASTERS et ALLEN est posé et l'intervention pratiquée le 31.7.59.

On procède à la montée de sondes urétérales.

C.R.O. : Incision médiane qui découvre :

un uterus marbré
en anteversion normale
un peu de liquide citrin dans le Douglas
en relevant l'uterus et en exposant la face postérieure des ligaments larges, on note une petite dépression de 1cm sur le bord droit de l'isthme
varicocèles des pédicules à droite
le feuillet péritonéal est intact
rien à gauche
annexes normales.

On incise le feuillet postérieur et on tombe sur une perte de substance du paramètre.

Le bord externe de ce dernier est recherché loin en dehors.

Suture de la brèche du paramètre par 2 points de fil de lin en prenant garde de ne pas charger l'uretère.(Celui-ci n'est pas vu, mais palpé grâce à la sonde).

Suture du feuillet postérieur du ligament large. On complète par une hysteropexie à la Dartigues mais celle-ci n'est pas statiquement indispensable.

La paroi est refaite au plastofil.

Le 31.10.59 la malade est revue

utérus en bonne position
Douglas non douloureux
douleur lorsqu'on refoule l'utérus en haut
la dyspareunie persiste.

Le 13.6.61 malade revue pour la 2e fois, mêmes constatations, et cependant l'état local paraît parfait.

En décembre 1961 : la malade est enceinte de 7 mois et suivie à l'hôpital de Versailles. Elle y est hospitalisée pendant quelque temps dans le service de neuro-psychiatrie pour syndrome neuro-dépressif.

o

OBSERVATION n°3

-:-

Madame D... Gisèle 26 ans

Entre 28.10.59
Op. 29.10.59
sortie 6.11.59

Antécédents obstétricaux

2 F.C. en 1951 et 1952

1er accouchement en 1954
grossesse normale - accouchement et suites de couches normaux.

2e accouchement en 1955 - accouchement et suites de couches normaux mais se met peu de temps après à :

- souffrir du ventre
- présenter une dysménorrhée
- et une dyspareunie.

3e accouchement en 1958 - accouchement gemellaire - à la suite de celui-ci :

- les douleurs abdomino-pelviennes augmentent
- la dysménorrhée s'accentue
- la dyspareunie devient intense et permanente.

Antécédents chirurgicaux

Le 15.10.52
hysteropexie à la Doleris avec
résection du nerf présacré
paroi au nylon

Le 17.7.56
Ablation d'un petit nodule au niveau de la suture des droits.

Le 30.11.56 tumeur de la paroi abdominale après l'hysteropexie à la Doleris faite il y a 4 ans par Pfannestiel
Incision médiane
Résection de la tumeur parietale qui paraît être une réaction scléreuse autour des fils de nylon.
Résection d'adhérences épiploïques.
La Pexie tient bien et semble très correcte.
Douglas tres profond que l'on oblitère par 2 bourses superposées au fil de lin.
Paroi aux fils d'acier.

Le 29.10.57
Grossesse extra utérine gauche
Retard de règles de 3 mois
Masse latero-utérine G. douloureuse

Incision médiane : pas de grossesse extra-utérine mais une anse grêle adhère à gauche à la paroi, déterminant un anneau dans lequel a dû s'engager du grêle.
Libération ; péritonisation ; section d'une autre bride.
L'oblitération du Douglas n'a apparemment pas tenu et l'on refait une bourse au fil de lin.
Paroi au plastofil.

La malade revient consulter le 1.10.59 pour fatigue générale, amaigrissement
dysménorrhée
dyspareunie très intense.

A l'examen on trouve un utérus gros, le col a une mobilité supérieure à la normale , le cul de sac postérieur est exquisement douloureux de part et d'autre de la ligne médiane où l'on sent une nodosité surtout à droite.

Le diagnostic de MASTERS et ALLEN est posé et l'intervention décidée.

On procède à la mise en place de sondes urétérales.

- MASTERS et ALLEN clinique

C.R.O. : médiane : utérus en bonne position du fait de l'hystéropexie Doleris les ligaments ronds se sont étirés et la brèche inter-utero-pariétale est très large. Uterus marbré ; liquide séro-sanglant dans le Douglas. Varicocèle des veines utéro-ovariennes.
Le cloisonnement du Douglas a disparu.

Après relèvement de l'utérus les constatations sont les suivantes :

à gauche : large brèche du feuillet péritonéal de la taille d'une pièce de 2 Fr ; dégagement des bords du paramètre et suture au lin. Suture de la brèche péritonéale.

à droite : le feuillet péritonéal est intact mais est soulevé par une collection liquide. Incision du feuillet.
Dégagement d'une masse kystique ; ponction (liquide clair). On se rend compte qu'il s'agit d'une hernie de la vessie à travers une énorme brèche du paramètre.

Refoulement de la vessie . Suture du paramètre puis du péritoine au lin.
A la fin de l'intervention, l'utérus est vertical, en punching-ball non suspendu par les ligaments ronds détendus.
Paroi plastofil.
La cystographie pratiquée montre une vessie très grande de 450 cc sans diverticule.

La malade est revue le 4.2.60

Aucune amélioration
Règles irrégulières, très douloureuses

Des examens cyto-hormonaux et une électrophorèse sont pratiqués.

Le 20.2.60

La malade souffre toujours autant.
Aucune amélioration.
Au T.V. : utérus rétroversé extrêmement douloureux.
On se décide à pratiquer une hystérectomie qui est faite le 6.3.62.
On trouve :

- Utérus marbré mal suspendu par les ligaments ronds flottants
- Liquide séro-sanglant dans le Douglas (l'oblitération du Douglas n'a pas tenu)
- Varicocèle tubo-ovarien bilatéral
- Récidive du Masters et Allen à gauche où existe une large brèche du paramètre sous un péritoine intact.

A droite, bon paramètre.
Drain aspiratif dans le Douglas.
Paroi plastofil.

o

OBSERVATION n°4

-:-

Madame Z... Christiane 24 ans

Entre 19.1.61
Op. 24.1.61
sortie 3.2.61

Vient consulter pour :

- douleurs pelviennes s'accentuant à la marche rendant tout mouvement pénible
- dyspareunie, apparue depuis 3 mois de façon très nette.

Dans les antécédents : 2 grossesses
2 F.C.
Le dernier accouchement date du 5.12.57

La dyspareunie, qui a toujours existe, s'est accentuée considérablement depuis 3 mois. De plus, elle est associée à une asthénie profonde rendant toute activité quasi impossible.

Par ailleurs, du point de vue psychique, cette malade présente une association anxiété + nervosité très intense ayant suivi parallèlement l'accentuation des autres signes.

Elle est réglee de manière très irrégulière, ses règles tres abondantes durent 7 jours, mais ne sont pas douloureuses.

A l'examen

le T.V. montre un col extrêmement mobile
des culs de sac latéraux très douloureux
les annexes semblent normales
l'utérus est retroversé et fixé.

L'intervention décidée est pratiquée le 24.1.61.

C.R.O. : Médiane : liquide séro-sanglant dans le Douglas.
Gros utérus marbré rétroversé
Varicocèle bilatéral des veines utérines
Orifice bilatéral de la paroi postérieure des ligmaments larges
Lésions plus marquées à gauche.

Sutures au fil de lin des brèches du paramètre.
On est gêné par le varicocèle.
Aussi complète-t-on l'intervention par une hystéropexie à la Doleris.
Drain de Redon dans le Douglas.
Paroi au plastofil.

Cette malade est revue une lère fois le 6.1.62

La fatigue a complètement disparu.
Elle est réglée de manière régulière tous les 28 jours, regles durant 7 jours non douloureuses, assez abondantes.

La dyspareunie a partiellement disparu mais à l'examen il persiste cependant une légere douleur au niveau du cul de sac vaginal antérieur.

Elle semble en rapport avec la pexie à la Doleris qui a ramené le col un peu trop en AV et lors du T.V. le doigt vient buter sur la face antérieure du col.

Par contre les culs de sac post.et latéraux sont rigoureusement indolores.

Reprise de poids : 3 kg depuis l'intervention.
L'anxiété et la nervosité ont quitté le tableau.

Très bons résultats dans l'ensemble.

Malade revue la 2e fois le 4.2.62

présente une grossesse de 3 semaines.

o

OBSERVATION n°5

-:-

Madame G... Denise 32 ans

Entrée : 28.3.61
Op. : 29.3.61
Sortie : 7.4.61

Adressée dans le Service par son médecin traitant pour :

- douleurs abdomino-pelviennes violentes
- dyspareunie
- vertiges
- céphalées
- asthénie et amaigrissement
  perte de poids de 12 kg en 1 an
- règles très abondantes (10-12 jours)
  douloureuses
  irrégulières.
- leucorrhées

Ce tableau étant apparu à la suite du dernier accouchement en mai 1960, accouchement à terme d'une fille pesant 4.400 g ayant nécessité application de forceps + épisiotomie.

Dans les antécédents on note :

2 autres grossesses
en 1949 accouchement à terme d'une fille pesant 3.220 g ayant entraîné forceps + épisiotomie
en 1954 accouchement à terme d'une fille pesant 2.880 g, accouchement normal

Du côté chirurgical
en 1951 Pexie Méthode Doleris pour prolapsus utérin.

A l'examen on trouve :

un utérus antefixé
un Douglas très douloureux
un col utérin très mobile.

A l'intervention, on respecte l'hystéropexie. Les lésions sont plus marquées à droite qu'à gauche. On trouve des paramètres "Usés" pratiquement inexistants à droite : varicocèle tubo-ovarien bilatéral. Le péritoine du feuillet postérieur présente des lésions cicatricielles.

De chaque côté, réfection du paramètre par 2 points en U au fil de lin.
Drain aspiratif, paroi au plastofil.

Cette malade est revue le 17.12.61

Règles normales, régulières tous les 24 jours durant 3 jours.
Les douleurs abdomino-pelviennes ont disparu.
La dyspareunie également.
La malade ne se sent plus fatiguée, elle a repris 7 kg.
Les leucorrhées ne persistent qu'à l'état de traces.

L'examen montre un utérus bien fixé, un col ayant perdu sa grande mobilité, des culs de sac absolument indolores, presence d'une petite cystocèle.

Résultat en conclusion excellent.

o

OBSERVATION n°6

-:-

Madame P... Mauricette 28 ans

Entrée 13.4.61
Op. 14.4.61
Sortie 23.4.61

Cette malade vient consulter dans le Service pour tout un faisceau de signes apparu après son accouchement en novembre 1958.

Règles tous les 28 jours, tres douloureuses, durant 2 jours peu abondantes

Douleurs abdomino-pelviennes intenses à prédominance gauche, pesanteur du bas-ventre.

Fatigue rebelle accompagnée d'un amaigrissement relativement important (4 kg depuis l'accouchement).

Dyspareunie profonde
Leucorrhées.

Ces signes se sont révélés rebelles à tous les traitements médicaux entrepris.

Examen : au T.V. col utérin anormalement mobile vive douleur au niveau de la face post.latérale gauche de l'isthme.

Antécédents : grossesse en nov. 1958

Accouchement d'un garçon pesant 2.210 g, né à 8 mois de grossesse
Présentation du sommet, accouchement normal, suite de couches normales.

A l'intervention le 14.4.61

C.R.O.

L'exploration montre qu'il existe tous les signes d'un syndrome de Masters et Allen :

utérus marbré en position normale
liquide séro sanglant dans le Douglas
varicocèle tubo-ovarien
l'exploration des ligaments larges met en évidence une nette différence entre le gauche et le droit.

A gauche lésion cicatricielle,
effondrement du paramètre au palper.
Réfection du paramètre G par 3 points de lin, l'utérus se met aussitôt en érection.
Paroi au plastofil.

Cette malade est revue le 17.12.61

Ses règles sont redevenues normales,
tous les 28 jours durant 3 jours
plus abondantes,
non douloureuses.

Les douleurs abdomino-pelviennes ont nettement regressé. On note cependant la persistance d'une légère douleur à gauche.
Amélioration pouvant être évaluée à 90 p.cent.

La fatigue a disparu, la malade a repris 7 kg.
La dyspareunie a quitté le tableau.
Les leucorrhées également.

A cette date cette femme est enceinte de 2 mois 20 jours.

A l'examen : Utérus correspondant à 2 mois, en position normale, légère douleur au niveau du cul de sac latéral gauche ; col non mobile en bonne position.

o

OBSERVATION n°7

-:-

Madame L... Madeleine 30 ans

Entrée 28.5.61
Op. 29.5.61
Sortie 7.6.61

Histoire de la maladie

Début du syndrome après le premier accouchement en octobre 1952.

Depuis cette date se plaignait :

- de douleurs pelviennes bilatérales, à prédominance gauche, permanentes,
- de lombalgies
- d'une dyspareunie intense qui lui faisait redouter les rapports
- de leucorrhées très importantes
- d'une fatigue considérable gênant toute activité et associée à un amaigrissement important.

Antécédents

1er accouchement : octobre 1952
à 6 mois d'un garçon pesant 1.270 g présentant une anomalie encéphalique et qui décèdera après avoir survécu quelques jours.

mars 1954 : fille pesant 2.700 g
accouchement prématuré à 8 mois
l'enfant est décédé 2 mois après.

juin 1956 : garç. accouchement prématuré encore à 8 mois d'un enfant pesant 1.600 g

août 1955 : accouchement prématuré à 8 mois d'une fille pesant 2.300 g

Examen

Utérus en légère rétroversion flexion
Légère douleur à la mobilisation du col
Col anormalement mobile.

L'épreuve du pessaire est pratiquée, la pose de ce pessaire fait rétrocéder de manière très nette tous les signes du tableau.

L'intervention est décidée et pratiquée le 29.5.61.

C.R.O.

Passage de sondes urétérales avant l'intervention.

On tombe à l'ouverture sur un utérus non marbré, non rétroversé, un peu de liquide dans le Douglas ; petit varicocèle des veines utérines. Pas de brèche à la face post. des ligaments larges, mais à la palpation le paramètre paraît inexistant.

On pratique :

1 - réfection du paramètre par 3 points de fil de lin de chaque côté
2 - hystéropexie à la Doleris

Paroi au plastofil.

Cette malade est revue une première fois le 1.7.61

son état est parfait

la 2e fois le 17.12.61

les règles sont toujours un peu irrégulières
peu abondantes
pas douloureuses.

Douleurs : grosse amélioration, 100 p.cent
Rapports : absolument indolores, toute dyspareunie a disparu
Asthénie : la malade a repris 6 kg depuis l'intervention, se sent encore un peu fatiguée
Leucorrhées : ont rétrocédé.

o

OBSERVATION n°8

-:-

Madame F... Colette - 29 ans

Entrée 16.7.61
Op. 17.7.61
Sortie 27.7.61

Vient consulter pour :

1 - règles : irrégulières
abondantes
mais non douloureuses

2 - douleurs abdomino-pelviennes permanentes avec crises paroxystiques

3 - dyspareunie, très intense

4 - asthénie marquée

5 - leucorrhées.

Le diagnostic de syndrome de Masters et Allen est posé, l'intervention a lieu le 17.7.61

C.R.O.

Après mise en place de sondes urétérales, on trouve un utérus marbré, du liquide séro-sanglant dans le Douglas. Pas de varicocèle.

A la face postérieure, les paramètres ont disparu des 2 côtés

A gauche boutonnière péritonéale cicatrisée
A droite pas de lésions visibles.

Des 2 côtés, après ouverture du ligament large réfection des paramètres au plastofil.

Hystéropexie par Doleris.

Cette malade est revue le 17.12.61

1 - règles : identiques
2 - douleurs abdomino pelviennes : idem
3 - dyspareunie : encore existante, mais nettement moins intense
4 - asthénie : idem
5 - leucorrhées : idem

Le T.V. : douleur très vive à la pression très superficielle de l'utérus sur la ligne médiane.

Névralgie de la cicatrice ?

On pratique une infiltration novocaïnique sous-cicatricielle amenant une disparition presque complète des douleurs.

o

OBSERVATION n°9

-:-

Madame B... Simone 34 ans

Entre 15.11.61
Op. 16.11.61
Sortie 29.11.61

Depuis l'accouchement de juin 1960 se plaint de douleurs pelviennes + ou - continues entraînant une fatigue intense rendant la position debout insupportable et les travaux ménagers impossibles.

De plus, dyspareunie profonde

- règles irrégulières
- peu abondantes
- très douloureuses

- avant 1954 regles normales tous les 28 jou non douloureuses, durant 4-5 jours.

Antécédents : 4 gestations

2 F.C. spontanées

1 - janvier 1954 : accouchement à terme d'une fille pesant 3.500 g, accouchement s'étant déroulé normalement
- délivrance normale
- suites de couches R.A.S.

2 - février 1955 : accouchement à 8 mois d'une fille pesant 3.000 g environ ; mort in utero, cette mort remontant à un mois. pas de notion étiologique, expulsion de l'enfant macéré normale .

Délivrance complète
Suites de couches sans histoires.

3 - novembre 1954

F.C. de 4 mois spontanée
l'oeuf est expulsé en totalité
on pratique une revision uterine de contrôle.

4 - décembre 1957

accouchement à terme d'un garçon pesant 3.500 g
la grossesse se déroule normalement,
l'accouchement de même
mais on notera que le travail évolue avec une grande rapidité.

5 - juin 1960 : accouchement à terme d'un garçon pesant 3.500 g
- grossesse normale
- accouchement difficile
  le travail traîne en longueur
  on fait 2 unités de post-hypophyse à petite paume ; une application de forceps
  délivrance normale
  Apparition d'un prolapsus dans les 2 mois suivants.

6 - octobre 1961 : F.C. spontanée à 3 mois.

Cette malade nous est adressée en novembre 61 pour :

- un syndrome pelvien faisant penser à un Masters et Allen
- un important prolapsus apparu après l'accouchement de juin 1960
- une éventration.

L'intervention a lieu le 16.11.61
On pratique :

I.J.I.

1 - une colpoperinéorraphie antérieure et postérieure avec myorraphie des releveurs (3 points) et fil en bourse sous-vésical

2 - préparation de la paroi abdominale par ouverture de la gaine des droits et isolement des muscles.

3 - ouvre du Kystere et Allen on trouve :
utérus mobile
liquide séro-sanglant dans le cul-de-sac vésico-utérin latéral
disparition des paramètres de chaque côté.

4 - ligature et section des trompes

5 - hémostase au [illegible]

6 - Cure de l'éventration par réfection en 3 plans au plastofil

Traitement opératoire

Cette malade est revue le 03.12.61

Les règles sont redevenues normales, durant 4 jours non douloureuses.

Les douleurs pelviennes ont disparu, amélioration de 100 p.cent.

La dyspareunie également.
L'asthénie a quitté le tableau.

Cette femme mène maintenant une existence normale.

A l'examen T.V. montre un uterus en bonne position, une légère douleur au niveau des culs de sac latéraux, le col est bien fixé, le Douglas indolore, petite incontinence d'urine.

OBSERVATION n°10

-:-

Madame J... Olivette 37 ans

Entrée 5.12.61
Op. 6.12.61

Adressée au Service par son médecin traitant pour :
- douleurs abdomino-pelviennes très vives avec crises paroxystiques
- règles très abondantes et très douloureuses
- dyspareunie
- fatigue

Tableau apparu il y a cinq ans ; s'étant accentué depuis le dernier accouchement en 1958.

Dans les antécédents, on note en 1948 une ovarictomie gauche avec hystéropexie.

2 accouchements normaux en 1950, 1958

A l'examen on note une douleur très vive à la face postérieure de l'isthme.
un point de Mac Burney
un col anormalement mobile.

Le diagnostic de syndrome de Masters et Allen est évoqué, l'intervention est pratiquée le 6.12.61

Médiane sous-ombilicale
un peu de liquide citrin dans le péritoine
utérus marbré, en bonne position mais très mobile

le feuillet postérieur des ligaments larges est éraillé et apparaît comme usé,
les paramètres sont inexistants,
pas de varicocèle
l'ovaire droit restant est gros et partiellement recouvert d'une coque blanchâtre évoquant les lésions du Stein-Lewental.

On pratique :

1 - Appendicectomie
2 - Résection partielle de l'ovaire droit et de sa coque . Suture.
3 - Réfection des paramètres des 2 côtés par 2 points au plastofil
4 - Hystéropexie - Doleris avec suture de la brèche utéro-pariétale.

En fait il n'existait pas d'hysteropexie antérieure mais on avait probablement fait un cloisonnement du Douglas. Il persistait un orifice de 2 cm de diamètre que l'on referme par une bourse au plastofil.

Paroi au plastofil.

Cette malade est revue le 4.2.62, et l'on peut dresser le tableau récapitulatif suivant de l'amélioration apportée par l'intervention.

	Avant l'intervention	Après l'intervention
Fatigue	+++	0
Douleurs abdomino-pelviennes	+++	un peu
Rapports	très douloureux	plus du tout
Poids	65	55
Activité	0	va reprendre son activité professionnelle
Leucorrhées	++	+
Règles	très abondantes, douloureuses	moins abondantes presque plus douloureuses

OBSERVATION n°11

-:-

Madame R... Eliane 33 ans

Entrée 16.1.62
Op. 17.1.62
Sortie 30.1.62

Antécédents

Mariée à 25 ans.

2 accouchements :

le 1er en 1954 : accouchement normal délivrance et suites de couches normales

le 2e en 1957 : accouchement d'evolution normale, mais révision utérine

Pas de fausse couche

A la suite de ce 2e accouchement apparition d'un tableau constitué par :

dyspareunie intense, rendant les rapports impossibles
douleurs pelviennes basses, s'etant aggravées progressivement jusqu'à son hospitalisation dans le service
règles irrégulières, survenant parfois tous les 15 jours.
C'est ce signe, apparu il y a un an, qui conduit la malade à consulter.
Asthénie marquée depuis quelque temps.

Examen : au T.V. : douleur au niveau du cul de sac de Douglas et de la face postérieure du col.

Utérus rétroversé, très mobile
La pression de chaque côté de la face postérieure de l'isthme réveille une douleur.
En outre on trouve à la palpation abdominale un point appendiculaire net.

L'intervention 17.1.62 montre :

C.R.O.

1 - appendice peu atteint ——→ appendicectomie
2 - utérus marbré, rétroversé
liquide séro-sanglant dans le Douglas.

Varicocèle bilatéral
A gauche : large brèche du feuillet postérieur du ligament large
A droite : large surface erraillée et pellucide

De chaque côté, suture du paramètre par deux fils de lin.

Pexie utérine au disque L_5-S_1 au nylon tressé avec enfouissement des fils.

Résultat apparemment excellent.
Paroi plastofil.

Suites opératoires

le 18.1.62 : hématurie abondante
puis anurie : le sondage ramène un peu de sang
la cystocopie montre à droite un caillot au méat urétral. On monte une sonde urétérale.

A gauche : la sonde butte à 9 cm
pas d'urine.

Antécédents de cystite apparue après le dernier accouchement ; on avait alors trouvé une pyurie ayant bien réagi au Rufol.
3 à 4 récidives depuis réagissant bien au Rufol.

Azotémie 1,20 g

le 20.1 reprise de la diurèse 2,250 l en 24 heures

le 24.1 azotémie 0,30 g

le 26.1 l'urographie intraveineuse pratiquée est normale.

L'hématurie semble due à une congestion rénale consécutive à la montée des sondes urétérales pratiquée pour l'intervention.

o

OBSERVATION n°12

-:-

Madame V... 31 ans

Entrée le 23.4.62
Opérée le 24.4.62

Adressée dans le Service par son médecin traitant pour :

- douleurs abdomino-pelviennes, non calmées par le repos
- grande fatigabilité
- règles très abondantes, tous les 28 jours, pendant 8 jours ,douloureuses
- dyspareunie intense rendant tout rapport impossible.

Ce tableau ayant débuté après le dernier accouchement en 1960.

Antécédents obstétricaux

4 grossesses dont une gemellaire

1 - 1952 : accouchement à terme d'une fille pesant 4.000 g, travail et délivrance normaux

2 - 1954 : accouchement à terme d'une fille pesant 4.000 g, rien de particulier à signaler

3 - 1957 : accouchement gemellaire :
- fille pesant 3.000 g
- garçon " 2.800 g
accouchement très rapide.

4 - 1960 accouchement à terme d'un garçon
pesant 4.800 g
travail long (20 heures)
déchirure du périné
délivrance normale.

Dans les antécédents pathologiques
rien de particulier.

A l'examen : On retrouve le tableau classique du Masters et Allen

- col utérin extrêmement mobile, monte sur rotule
- utérus en légère rétroversion flexion
- douleur très vive au niveau de la face postérieure de l'isthme et du cul de sac de Douglas

L'intervention est pratiquee le 24.4.62

C.R.O. : Dans un premier stade on pratique le passe de sondes urétérales :

- gros utérus marbré en anteversion
- liquide séro-sanglant dans le Douglas
- varicocèle léger bilatéral
- péritoine des ligaments larges éraillé
- paramètres inexistants à la palpation.

De chaque côté l'on procede à la réfection des paramètres au fil de lin, l'on complète par une Promontopexie.

La paroi est faite au plastofil.

-:-

TABLEAU STATISTIQUE

-:-

Nombre de cas : 12

Forme typique

Cliniquement :

Observations : n° 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12

Anatomiquement :

Observations : n° 3 - 4 - 11

Forme fruste

Cliniquement :

Observation : n°7

Anatomiquement :

Observations : n° 1 - 2 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 12

Antécédents obstétricaux

retrouvés dans les Observations
n° 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 9 - 10 - 11 - 12

dont deux lère pare - n° 2 - 6
" quatre 2e pare - n° 1 - 4 - 10 - 11
" deux 3e pare - n° 3 - 5
" trois 4e pare - n° 7 - 9 - 12

Thérapeutique employée

Suture simple : n°6

Suture associée à une intervention d'orientation utérine (Dartigues n° 1 - 2) (Doleris n° 4 - 5 - 7 - 8 - 10) (Promontopexie n° 9 - 11 - 12)

Succès - n° 1 - 4 - 5 - 6 - 7 - 9 - 10 - 11

Echecs - n° 2 - 3 - 8

Ce tableau récapitulatif schématique met en évidence dans les 12 cas traités et pour 11 d'entre eux pour lesquels nous possédons un recul suffisant :

1) la fréquence du tableau clinique typique

11 cas

alors qu'à l'intervention on ne retrouve l'aspect anatomique typique décrit par MASTERS et ALLEN que dans 3 cas seulement.

2) la très grande fréquence des formes frustes anatomiquement

9 cas

3) l'importance des antécédents obstétricaux qui sont retrouvés dans 11 cas

la fréquence plus grande chez les multipares

sur ces 11 cas (deux primipare) quatre 2e pare (deux 3e pare) trois 4e pare

4) la nécessité d'associer souvent une intervention de suspension utérine à la réfection des paramètres ;
nous avons pratiqué :
le Dartigues dans 2 cas
le Doleris dans 5 cas
la Promontopexie dans 3 cas

5) les bons résultats d'ensemble obtenus par l'intervention puisque sur ces 12 cas nous avons noté 3 échecs de la thérapeutique seulement, dont un imputable à un psychisme un peu spécial : Obs. n°2
l'autre à une récidive de la brèche découverte lors de la réintervention pour hystérectomie Obs. n°3

- Dans le cas n°8 l'intervention a apporté cependant une diminution très nette de la dyspareunie.

-:-

CONCLUSIONS

-:-

I - Pour la première fois en 1955 dans l'American Journal of Obstetric MASTERS et ALLEN publiaient 28 cas d'un syndrome gynécologique anatomiquement caractérisé par une brèche au niveau du feuillet postérieur du ligament large.

Ce syndrome est caractérisé :

II - Cliniquement par :

- des douleurs pelviennes
- une dyspareunie, que nous considérons comme le maître symptôme
- une fatigabilité excessive.

III - L'examen met en évidence

- une mobilité anormale du col
- une douleur vive réveillée par la pression de part et d'autre de l'isthme utérin et au niveau du Douglas.

IV - A l'intervention

- parfois la déchirure complète du péritoine et de son fascia sous jacent au niveau de l'étage inférieur du mesometrium,
- parfois une dilacération du fascia sous-péritonéal sans rupture du péritoine,
- très souvent des lésions variées à type de cicatrice, de dépression localisée, de tissus fragilisés, voire inexistants.

Ce sont les formes frustes très importantes car très fréquentes.

V - L'étiologie en est presque toujours d'origine obstétricale.

VI - La thérapeutique consiste, après mise en place de sondes urétérales en la suture de la brèche, après, réfection des paramètres associée souvent à une suspension utérine de préférence par promontopexie.

VII - Toute l'importance de ce syndrome réside dans la grande place qu'il occupe dans le domaine jusqu'alors confus des algies pelviennes féminines, surtout si on sait reconnaître ses formes frustes, si variées, par un geste thérapeutique très simple : l'épreuve du pessaire.

VIII - Nous avons apporté à la contribution de l'étude de ce syndrome 12 cas et avons essayé de mettre l'accent sur certains points précis :
- de sa clinique,
- de son diagnostic,
- de sa thérapeutique,
- de ses formes cliniques.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : G. CORDIER

Vu :
Le Doyen :
Signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

ALLEN W.M. et MASTERS W.H.
Lacération traumatique du support de l'utérus.
American Journal Obst. Gyn. sept. 1955 70, n°3 - 500-513

FERNANDES M.
Troubles de la statique des organes du petit bassin. Etio-Pathogénie et prophylaxie (la cause obstétricale).
Revue Gynéco. Obst. octobre 1957 - 101, n°4, 1263-1280 - Bibliographie (résumé français)

AQUINO SALLES A. (de)
Troubles de la statique pelvienne. Traitement d'avenir obstétrical.
Revue Gynéco. Obst. octobre 1958, 52, n°4, 311-320 (résumé français)

J. VARANGOT, A. GRANJON, M. CHARTIER et V. LOFFREDO
Syndrome de déchirure du ligament large.
Presse Médicale 6 juin 1959, n°28, 1139-1141

J.M. VERNE, P. DELAGARDE et L. LANGALTER
Syndrome de Masters et Allen. 6 observations -
Mémoires de l'Académie de Chirurgie. juin 1959, tome 85, n°s 19 et 20, 523-533

AUBERT L.
Syndrome de Masters et Allen.
Concours Médical 9 octobre 1960,
n°41 - 4531-4532

LAUTIER P.
Trois cas du syndrome de Masters et Allen.
Mémoires de l'Academie de Chirurgie
11-18 et 23 janvier 1961
87 n°1-2 et 3, 61-65

Pour toute autre bibliographie antérieure à 1960 consulter la thèse de :

V. LOFFREDO
Syndrome de déchirure du ligament large.
Thèse Paris 1960.

-:-